



I.S.I.S. - Istituto Statale Istruzione Superiore
 "Luigi de' Medici"
 Via Zabatta, 19 80044 OTTAVIANO (NA)
 Tel. 0815293222 - Fax 0815295420 - Mail: info@isisdemedici.it
 Cod. Meccanografico: NAIS05800R - Cod Fiscale: 84007150638
www.isisdemedici.it



CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO/A

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
 DELL'ISIS "L. DE MEDICI"
 OTTAVIANO

DECRETO N°

Il/la Sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di _____
 a tempo _____, comunica alla S.V. che intende assentarsi dal
 lavoro per malattia del figlio/a ai sensi dell'art.47 DLgs. 26/03/2001 n° 151, quale genitore del bambino

nato a _____ Prov. _____
 il giorno _____, di anni _____, per il periodo :

Dal _____	al _____	per complessivi giorni _____
-----------	----------	------------------------------

A tal fine, secondo quanto prescritto dall'art.51 del DLgs. n. 151 dichiara ai sensi dell'art.47 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445, che l'altro genitore:
 nato a _____,

A) **NON È IN CONGEDO NEGLI STESSI GIORNI E PER LO STESSO MOTIVO PERCHÉ:**

- Non è lavoratore dipendente
- Pur essendo lavoratore dipendente da non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto
- Non è titolare della podestà di genitore del bambino, essendo il/la sottoscritto/a l'unico/a affidatario/a.

B) **CHE DALLA NASCITA DEL BAMBINO, SONO STATI UTILIZZATI I SEGUENTI PERIODI DI CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO :**

DAL	AL	TOT.	DAL	AL	TOT.	DAL	AL	TOT.
Per Complessivi gg. _____								

***CONFERMA DELL'ALTRO GENITORE, QUALORA EGLI SIA LAVORATORE DIPENDENTE:**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
 il _____ residente a _____ Via _____,
 ai sensi dell' art.47 del DPR 28/12/2000, CONFERMA LA SUDETTA DICHIARAZIONE.
 SI ALLEGA :

Ottaviano,

FIRMA

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

VISTO SI CONCEDE
 IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 Prof. Gennaro Pascale